

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 34

L'HYPOPYON

CHEZ LES

ANCIENS OPÉRÉS DE CATARACTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mai 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave MOREAU

Né le 5 Mars 1889, à Sellieres (Jura),

Médecin aide-major de 2^e classe au 327^e régiment d'infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Mai 1916

L'HYPOPYON

CHEZ LES

ANCIENS OPÉRÉS DE CATARACTE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 34

L'HYPOPYON

CHEZ LES
ANCIENS OPÉRÉS DE CATARACTE

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 15 Mai 1916
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave MOREAU

Né le 5 Mars 1889, à Sellières (Jura),
Médecin aide-major de 2^e classe au 327^e régiment d'infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1916

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie biologique.	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène :	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, Président; M. POLLOSSON, Assesseur;
MM. SIRAUD, et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en tiendrait leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PAUL

Mort pour la Patrie.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE AMÉDÉE

A mon Maître et Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bonté et nous conserverons longtemps encore le souvenir de ses leçons magistrales et de son enseignement aux consultations de la clinique. C'est à son extrême obligeance que nous devons de pouvoir passer notre thèse pendant la guerre. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

MEMBRES DE MON JURY

Nous nous excusons auprès d'eux de l'imperfection de ce travail achevé dans les circonstances actuelles et sollicitons toute leur indulgence.

A MES MAÎTRES

**de la Faculté de Lyon
et de l'École du Service de Santé Militaire**

A MES CAMARADES D'ÉCOLE
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES
CONNUS PENDANT LA GUERRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'HYPOPYON

CHEZ LES

ANCIENS OPÉRÉS DE CATARACTE

INTRODUCTION

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une adénite aiguë il cherche dans le territoire lymphatique correspondant la plaie infectée qui se trouve à l'origine de cet accident. En odontologie on cherche la carie qui est le point de départ d'un abcès dentaire. En ophtalmologie, la pathologie n'est pas différente et lorsqu'on constate un épanchement purulent dans la chambre antérieure de l'œil, un hypopyon, on cherche l'ulcère de la cornée.

Dans certains cas pourtant, cet ulcère n'existe pas, la porte d'entrée se trouve ailleurs et il s'agit alors de malades ayant subi précédemment une intervention qui a nécessité une incision au niveau du limbe; il s'agit en particulier d'anciens opérés de cataracte : la cicatrice de l'incision pratiquée antérieurement, bien que souvent parfaite en apparence, présente une solution de continuité, porte d'entrée possible à l'infection.

C'est pourquoi, à plus ou moins brève échéance, des suppurations suivies d'épanchement purulent

pourront se produire dans la chambre antérieure et surprendre le clinicien non averti.

Les faits que nous voulons étudier sont des phénomènes d'infection tardive, c'est-à-dire dont la cause immédiate est certainement postérieure à l'acte opératoire et ne résulte pas d'un défaut d'asepsie. On sait, par expérience, que l'infection opératoire primitive se manifeste rapidement par une réaction inflammatoire dès le premier jour, au plus tard le second, qui suit l'intervention. Dans nos neuf observations, l'infection la plus rapprochée de l'opération, a apparu un mois après.

Les cas dont nous nous occupons apparaîtront le sixième jour, d'après certains auteurs, au plus tôt après l'intervention, alors que l'état de l'œil opéré a été jusque-là normal. Le plus souvent même il s'agira d'une irido-choroïdite survenue plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années après l'opération de la cataracte. Ce sont là les vrais cas d'infection tardive, ceux apparaissant avant quinze ou vingt jours pouvant relever d'une infection atténuée opératoire, subissant ultérieurement une recrudescence.

C'est ainsi que, parmi les observations que nous avons retenues, les complications qui nous occupent se sont produites :

1	fois	au	bout	de	4	ans
2	—	—	—	—	3	—
1	—	—	—	—	20	mois
1	—	—	—	—	14	—
1	—	—	—	—	8	—
1	—	—	—	—	7	—

— II —

2 fois au bout de	2 ans
3 — —	1 —
1 — —	3 semaines
1 — —	10 jours
2 — —	9 —
1 — —	8 —
2 — —	6 —

Des faits de ce genre ont été signalés et discutés au Congrès de Buda-Pest en 1909 par Morax, en 1910 par M. Dupuy-Dutemps dans une communication faite à la Société française d'Ophtalmologie. En 1903, M. le professeur Rollet avait recueilli déjà une observation de ce genre qui fut les années suivantes accompagnée de plusieurs autres analogues.

Pendant le semestre où nous avons eu l'honneur de fréquenter la Clinique ophtalmologique de Lyon il nous a été permis de voir, à peu de jours d'intervalle, deux cas se rapportant à cette question. M. le professeur Rollet a bien voulu nous laisser le soin de publier toutes ces observations pour servir de sujet à notre travail inaugural.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DESCRIPTION CLINIQUE

Nous venons de voir que l'époque à laquelle apparaissent ces irido-cyclites purulentes tardives, est tout à fait variable. Par contre, les symptômes observés sont assez semblables dans la grande majorité des cas.

1° Forme purulente. — Le début est le plus souvent brusque et se manifeste par de violentes douleurs qui empêchent le malade de dormir ; il y a de la photophobie, du larmolement.

L'inflammation évoluant détermine en quelques heures de l'injection conjonctivale et périkeratique, de l'œdème de la paupière supérieure puis inférieure.

La cornée perd de sa transparence. L'humeur aqueuse se trouble et le symptôme qui attire notre attention, l'hypopyon jaunâtre, apparaît plus ou moins envahissant, pouvant arriver à combler entièrement la chambre antérieure. L'iris décoloré perd son dessin normal et se recouvre d'exsudats purulents.

La pupille est devenue irrégulière grâce aux adhérences contractées avec les masses cristalliniennes et

la cristalloïde postérieure. Sa forme exacte n'est d'ailleurs pas toujours facile à apprécier car elle est encombrée de masses purulentes qui se continuent avec l'hypopyon et cachent ainsi une bonne partie du plan irien.

La tension oculaire appréciée au palper ou à l'aide d'un tonomètre est presque toujours diminuée du côté malade.

On peut constater une légère élévation de la température du sujet : 1 degré environ.

Abandonnées à elles-mêmes, ces irido-cyclites n'ont pas de tendance à la guérison. Morax signale, au contraire, la rapidité avec laquelle ces inflammations se propagent au corps vitré et aux membranes profondes. L'évolution normale se fait au milieu des plus vives douleurs vers la panophtalmie et oblige à pratiquer l'énucléation.

A côté de cette forme purulente de l'irido-cyclite tardive que nous venons de décrire longuement, nous devons, pour être complet, signaler deux autres formes distinguées par Duverger et reconnues après lui par les différents auteurs.

M. le Professeur Rollet insiste sur l'absence de lésion cornéenne, pas d'ulcère comme dans la kératite banale à l'hypopyon. La cornée saine ne prend pas les colorants, bleu de méthylène ou fluoresceine.

2° Forme plastique maligne. — L'allure en est plus insidieuse; c'est par petites étapes et peu à peu qu'on arrive aux phénomènes douloureux et inflammatoires violents que nous avons décrits.

L'hypopyon, notre symptôme principal, est presque nul. Par contre, les déformations pupillaires sont considérables : la pupille est très rétrécie malgré l'atropine à forte dose ; elle est attirée en haut vers la partie supérieure de la cornée et affecte la forme d'une fente pupillaire étroite.

L'acuité baisse vite. La projection d'abord bonne disparaît souvent dans tout un secteur du champ visuel, preuve que la rétine est partiellement décollée.

Non traitée, la maladie évolue vers l'atrophie du globe.

L'ophtalmie sympathique est particulièrement à redouter dans ces formes où elle est fréquente : au bout de quelques jours l'inflammation apparaît dans l'autre œil et se met à évoluer de la même manière que dans l'œil opéré.

3° Forme bénigne. — Le début ressemble à celui de la forme plastique, mais au bout de deux à trois jours les différences s'accusent et les signes s'atténuent.

L'acuité visuelle diminue mais la projection est bonne et le tonus peu modifié. L'inflammation ne persiste pas et on peut bientôt porter un pronostic favorable.

Enfin, quelquefois, l'irido-choroïdite bénigne peut être à rechutes ou à reviviscences. Ulrich en a donné des exemples bien nets.

Qu'il s'agisse de la forme purulente ou de l'une des deux formes accessoires que nous venons de décrire, la cicatrice limbique de l'ancienne opération de cataracte est particulièrement intéressante à étudier.

Elle peut, extérieurement et à l'œil nu, ne présenter aucune anomalie, mais il faut l'examiner à la loupe et à l'éclairage oblique, ou à l'aide du microscope cornéen, ou bien, si l'occasion en est fournie par l'évolution défavorable de l'affection, il faut faire des coupes sérieées au niveau de la cicatrice.

Dans tous les cas ainsi minutieusement observés, la cicatrice ancienne a toujours été trouvée défectueuse.

Défectuosités de la cicatrice. — Elles résultent toutes d'une solution de continuité permettant la communication de la chambre antérieure avec la surface conjonctivale.

Les premières observations faites par Wagenmann, Berka, confirmées par Duverger et M. Dupuy-Dutemps, ont montré qu'on trouvait interposés entre les lèvres de la plaie cornéenne des tissus étrangers qui empêchent une coaptation parfaite.

C'est le plus souvent du tissu irien qu'on voit former une véritable hernie ou un léger pincement, ou bien il s'agit de masses cristalliniennes restées adhérentes au moment de l'énucléation du cristallin.

Le tout est bien recouvert d'épithélium, mais il est démontré (par les coupes qu'on a pu pratiquer) que ce revêtement est irrégulier, présente de petits pertuis et, dans des coupes régulièrement suivies (25 μ dans un cas de Besredka), on finit par trouver ces sortes de fistules épithéliales. M. Dupuy-Dutemps, en suivant les lèvres de la plaie avec un fin bistouri pour pratiquer, suivant sa méthode, le recouvrement conjonctival de la cicatrice, déclare qu'il a senti plusieurs fois une dépression très nette, une lacune dans le tissu cor-

néen au niveau d'un pincement irien ou de l'implantation d'un filament. Et ces constatations furent faites à propos de plaies parfaitement coaptées en apparence.

Un certain nombre de signes positifs ont été décrits par M. Dupuy-Dutemps pour permettre d'acquérir, sinon la certitude, du moins une forte présomption en faveur de l'existence d'une cicatrice vicieuse :

a) Erosion de l'épithélium sur la ligne de cicatrice, avec ou sans dépression visible;

b) Filament flottant partant de la cicatrice;

c) Fins vaisseaux superficiels du limbe plongeant brusquement dans la cicatrice, qu'ils traversent de part en part pour pénétrer dans la chambre antérieure, et qui peuvent se poursuivre dans l'iris et les exsudats;

d) Foyer inflammatoire au niveau du trajet fistuleux;

e) Douleur au contact du pertuis présumé;

f) Injection périkeratique au pourtour du même point;

g) Enfin la déformation pupillaire qu'entraîne un pincement de l'iris.

Nous verrons qu'un ou plusieurs de ces signes sont habituellement signalés dans les cas que nous publions et qu'ils doivent, par conséquent, être retenus.

Fréquence des cicatrices vicieuses. — Ce n'est pas seulement lorsqu'il s'est produit une irido-cyclite tardive qu'on peut rencontrer une coaptation imparfaite de la cicatrice limbique. Ces imperfections sont des plus fréquentes chez tous les anciens opérés de cataracte, et ce dont il faut s'étonner, avec Morax et M. Dupuy-Dutemps, c'est de ne pas voir plus souvent

ces accidents infectieux tardifs. Les examens méthodiquement pratiqués par Wagenmann lui ont montré que souvent, dans la région des angles surtout, la lèvre sclérale et la lèvre cornéenne étaient imparfaitement réunies, par suite de l'interposition de tissus étrangers, de tissu irien principalement.

La rareté relative de ces complications infectieuses tardives s'explique de la façon suivante : si la fistule cicatricielle et la perméabilité des tissus interposés semblent une cause suffisante pour provoquer l'iridocyclite, il n'en est pas moins vrai que nous étudierons au chapitre de l'Etiologie l'importance de certaines causes adjuvantes, et en particulier, pour signaler le fait de suite, le mauvais état des voies lacrymales.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les recherches au sujet de la cause déterminante de ces infections tardives — la pullulation microbienne — ont été l'objet de différentes hypothèses.

1° Microbes à incubation longue. — Cette théorie a été formulée par Axenfeld et reprise par Morax. Ces auteurs pensent qu'il pourrait s'agir d'infections spéciales dont les symptômes ne se manifestent qu'après une période de latence inhérente au caractère de végétabilité des microbes : « Ne savons-nous pas qu'entre le jour où nous inoculons le tréponème de la syphilis et l'apparition des premières réactions macroscopiques de la peau, il s'écoule un minimum de douze jours chez l'homme, de quinze jours chez le chimpanzé.

De même, lorsque nous introduisons sous la peau du cobaye des cultures de bacille de Koch ou des produits contenant ce bacille, la formation du nodule induré ne se produit guère avant le cinquième ou sixième jour.

Si l'inoculation a eu lieu dans la chambre antérieure, la réaction de l'iris produite par la prolifération du bacille tuberculeux ne devient manifeste qu'après un temps égal. Et, précisément, Axenfeld suppose que les agents microbiens de ces infections tardives, ainsi que

ceux de l'ophtalmie sympathique, ont les plus grandes analogies avec ceux du groupe de la tuberculose,

En l'absence de données précises, il est inutile d'insister sur cette hypothèse qui appelle de nouvelles recherches.

2° Localisations d'infections endogènes au cours de maladies aiguës. — Les métastases oculaires au cours des différentes maladies infectieuses sont loin d'être une rareté, *même lorsqu'il s'agit d'yeux normaux* ; à plus forte raison, semble-t-il, si nous avons affaire à un œil précédemment traumatisé. Des faits de ce genre ont été l'objet de travaux déjà nombreux, C'était le cas du malade de Wopfner : une suppuration secondaire de l'œil survint quatre jours après l'extraction du cristallin, en même temps que s'affirmaient les signes d'une affection pulmonaire ; les examens microscopiques et les cultures lui démontrèrent qu'il s'agissait du pneumo-bacille de Friedländer.

Une discussion s'est ouverte entre les différents auteurs pour savoir si le traumatisme opératoire était capable d'appeler sur l'œil une infection circulant dans le sang ; des expériences ont été entreprises avec différents bacilles. Il en résulte que l'opinion que nous venons d'émettre ne s'impose pas. Moll, Panas, et avec eux Wagenmann, tout en reconnaissant que les « métastases oculaires » sont extrêmement « fréquentes », affirment qu'elles se produisent aussi souvent chez les animaux dont les yeux sont irrités et chez ceux où ils ne l'ont pas été.

3° Localisations d'infections endogènes au cours de maladies chroniques. — Il est évident qu'un syphilitique ou un tuberculeux pourra faire des localisations sur ce lieu de moindre résistance que présente l'incision scléro-cornéenne.

Pourtant, ce phénomène possible est certainement très rare, étant donné le nombre considérable de sujets tuberculeux ou syphilitiques journellement opérés de cataracte.

Mais, à côté des grandes infections générales chroniques, toujours connues lorsqu'on prend la peine de faire un bon examen étayé par les recherches de laboratoire, il existe des affections atténuées : intestinales, pulmonaires, urinaires ou utéro-ovariennes qui peuvent, elles aussi, produire une localisation sur un œil traumatisé.

Duverger, dans sa thèse, a attiré l'attention sur ce point, et nous nous sommes demandé, à propos du malade de notre observation IV, s'il ne s'agissait pas de la localisation à distance d'une infection urinaire légère, cet homme étant un prostatique.

4° Infection exogène. — Si les théories que nous venons d'exposer peuvent être envisagées pour expliquer certains cas particuliers, il ne faut pas leur attribuer une importance qu'elles n'ont pas. *C'est presque toujours l'infection exogène qui doit être mise en cause.* La preuve en a été faite par Wagenmann et Ulbrich. Des examens bactériologiques systématiquement pratiqués ont montré d'abord la pullulation des germes au niveau de la cicatrice, puis dans la chambre antérieure et le pus de l'hypopyon.

Ce sont ordinairement des espèces banales, staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, bacille de Pfeiffer ; il s'agissait dans un cas d'Ulbrich de *bacillus subtilis*. Tous ces microbes sont très répandus à la surface des téguments et dans les sécrétions ; leur apport au niveau de la cicatrice s'explique sans peine et leur développement s'opérera facilement parce qu'ils se trouveront là sur un terrain de moindre résistance, au niveau de solutions de continuité entre la surface conjonctivale et la chambre antérieure.

CAUSE FAVORISANTE : *Septicité des voies lacrymales*. — Dans nombre de cas cependant — et le fait ne nous semble pas avoir été suffisamment mis en évidence — nos opérés de cataracte atteints d'irido-cyclite tardive présentent, de par un mauvais fonctionnement habituel des voies lacrymales et une infection chronique du sac conjonctival, une cause adjuvante de premier ordre au développement de l'infection.

Parmi les neuf observations que nous avons recueillies à la Clinique de M. le professeur Rollet, trois fois nous avons trouvé noté un larmolement ancien, antérieur à toute intervention.

M. Dupuy-Dutemps a souligné également le fait dans l'observation II de son rapport à la Société française d'Ophtalmalogie en mai 1910.

Dans la thèse de Duverger, il est rapporté un cas d'iritis purulente survenu quatre ans après l'opération du cataracte « à la suite de chagrins » au cours desquels la malade avait probablement beaucoup pleuré.

Dans les cas précités, on a noté le larmolement exagéré, la dacryocystite, la conjonctivite chronique,

parce que les symptômes de ces affections étaient tout à fait manifestes.

Mais — et M. Ch. Lafon a attiré l'attention sur le fait — que de fois voit-on des malades qui n'ont ni reflux à la pression, ni sécrétion muco-purulente, chez lesquels l'épreuve du bandeau est négative, mais qui accusent cependant un larmolement léger au vent et à l'air froid, qui ont les conjonctives sillonnées de quelques vaisseaux et un peu hyperhémées.

A l'appui de son affirmation que ces symptômes vagues sont l'indice d'un certain degré d'infection, M. Lafon a fait des examens cytologiques de la sécrétion conjonctivale. Il signale qu'on trouve souvent une quantité exagérée de leucocytes polynucléaires chez des sujets qui paraissent normaux.

C'est à la lumière de ces connaissances qu'il faut, croyons-nous, examiner un certain nombre de cas où l'on voit se répéter les accidents infectieux à propos de différentes interventions, soit sur le même œil, soit sur chacun des deux yeux. Hess a nettement signalé cette répétition des accidents infectieux, Morax a vu, tant après l'extraction du cristallin qu'après la dissection faite à cinq mois de distance, se développer chaque fois une irido-cyclite.

Nous avons insisté à dessein sur cette notion de la fréquente septicité des voies lacrymales à cause de l'orientation du traitement à pratiquer : il paraît bien que maintes fois il ne sera plus suffisant ni raisonnable de s'occuper uniquement à restaurer une cicatrice défectueuse.

OBSERVATIONS

Nous publions neuf observations encore inédites, recueillies à la Clinique ophtalmologique de M. le professeur Rollet, à Lyon.

Nous reproduisons à peu près *in extenso* les cas observés par M. Dupuy-Dutemps, où nous trouvons systématiquement appliquée une méthode de traitement qui lui a fourni une série d'heureux résultats. En dernier lieu, nous rappelons les observations publiées par Wagenmann.

OBSERVATION I

(Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon)

Irido cyclite tardive avec hypopyon. — Injection sous-conjonctivale de bleu de méthylène. — Guérison. — Iridectomie ultérieure sans complications infectieuses.

M^{me} B..., soixante-six ans, entre à la Clinique ophtalmologique de Lyon le 7 mars 1903. On l'opère le 9 mars de cataracte à l'œil droit sans pratiquer d'iridectomie.

Les suites opératoires sont normales et la malade sort de l'hôpital vingt jours plus tard avec une acuité $V = 1/3 + 11 D.$

17 avril 1905. — Deux ans plus tard, elle revient parce

que, depuis quelques jours, elle éprouve de violentes douleurs oculaires irradiées dans la région sous-orbitaire. Son acuité visuelle, restée jusque là satisfaisante, a baissé brusquement.

A l'examen, on constate un larmolement abondant et de la photophobie. La cornée est trouble; l'iris décoloré, feuille morte.

Un hypopyon de 3 millimètres occupe la chambre antérieure. La pupille est presque obstruée et on voit partir de là des traînées purulentes qui se dirigent du côté de la cicatrice. La pupille, rétrécie, est très déformée.

On ne note pas de défectuosités apparentes du côté de la cicatrice.

17 avril. — La malade est soignée par des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène. Amélioration.

Nouvelle injection deux jours plus tard, suivie encore d'une amélioration. On applique en outre des compresses humides et les phénomènes douloureux disparaissent. L'hypopyon se résorbe progressivement; la cornée devient de plus en plus limpide.

20 mai. — Les phénomènes inflammatoires ont complètement disparu, mais la vision est nulle.

26 mai. — On pratique l'iridectomie pour rendre un peu de vision à la malade.

10 juin. — Elle quitte le service avec $V = 1/30$.

OBSERVATION II

(Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon)

Panophtalmie tardive après opération de cataracte

Nous avons retrouvé le cas d'un homme de soixante ans, opéré de cataracte sans iridectomie le 3 septembre 1904.

Il est sorti de l'hôpital au bout du temps normal avec $V = 1/10 + 10 D$.

Décembre 1907. — *Trois ans* plus tard, ce malade fit un nouveau séjour à la Clinique, où il arriva avec une panophtalmie de l'œil opéré.

Son ancienne cicatrice présentait un léger pincement irien.

Nous n'avons trouvé que des renseignements insuffisants sur ce malade dans les archives de la Clinique ; nous avons voulu cependant consigner ici ce que nous en savons, deux faits nous ayant paru intéressants :

Le long délai entre l'opération et l'accident tardif : plus de trois ans ;

La constatation très nette d'un léger pincement irien dans la cicatrice.

Pour ce malade, arrivé trop tard avec une panophtalmie, on a dû probablement se résoudre à pratiquer l'énucléation.

OBSERVATION III

(Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon)

Irido-cyclite tardive après opération de cataracte. — Injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure. — Guérison.

M^{me} O..., soixante-douze ans, est opérée au début de mai 1911 de cataracte à l'œil gauche.

Elle quitte la Clinique le 31 mai avec $V = 1/8 + 10 D$ et se déclare très satisfaite.

Vingt mois plus tard, le 1^{er} janvier 1913, elle fut prise de douleurs oculaires et périorbitaires du côté opéré, en même temps que sa vision s'amoindrisait jusqu'à devenir nulle en quelques jours.

Agée et hésitant à se rendre à l'hôpital, elle se soigne elle-même, fait des applications de cataplasmes chauds et ses douleurs deviennent plus tolérables ; mais les princi-

paux symptômes persistent. Elle se décide, le 8 janvier, à entrer à la Clinique.

A son arrivée, elle présentait un gros œdème des paupières supérieure et inférieure, du larmolement. On constatait une infection conjonctivale et périkeratique très vive, un chémosis très accentué. Dans la chambre antérieure, un hypopyon affleurait jusqu'au bord inférieur de la pupille. L'iris, violacé, était recouvert d'îlots purulents. La pupille rétrécie et déformée. Du côté de la cicatrice, on pouvait voir à la loupe et à l'éclairage oblique des filaments tombant derrière la face postérieure de la cornée et flottant dans la chambre antérieure.

On pratiqua, à plusieurs reprises, des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure au $1/1.000$ et des pansements humides. La guérison s'opéra progressivement et, le 25 janvier, le pus était résorbé, l'inflammation avait disparu. Des synéchies rendaient la pupille irrégulière sans trop diminuer la vision.

La malade, réexaminée le 27 mai de la même année, présentait une acuité $V = 1/12 + 10 D$.

OBSERVATION IV

(Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon).

Irido-cyclite tardive subaiguë à l'œil droit après opération de cataracte. — Guérison passagère par injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène. — Nouvelle irido-cyclite spontanée à l'œil droit huit mois plus tard. — Atrophie du globe.

B..., homme de cinquante-sept ans, a fait de nombreux séjours à la Clinique.

Notons dans les antécédents héréditaires, une cataracte survenue chez son père à cinquante-cinq ans et opérée avec un bon résultat,

Chez le malade lui-même, à noter des phénomènes de cystite qui l'obligent à se lever plusieurs fois par nuit pour uriner.

Pas de dépôt purulent dans les urines. Pas de sucre. Albuminurie intermittente. Prostate augmentée de volume.

En 1911, il accuse une baisse de la vue. Il est opéré de cataracte avec iridectomie à l'œil gauche en août 1912.

Les suites opératoires sont satisfaisantes et on avait au bout de trois semaines $V = 1/6 + 10 D$.

La cicatrice était restée tout à fait normale en apparence.

Le 17 octobre, apparaissent quelques phénomènes douloureux peu marqués, et surtout la vision est totalement abolie. On constate un léger œdème des paupières et l'écoulement de sécrétions purulentes. La cornée est devenue très trouble ; le liquide de la chambre antérieure est louche et on voit à la partie déclive un léger hypopyon.

Dans la ligne cicatricielle, on voit une ligne jaune purulente, arquée comme la cicatrice et, de cette ligne purulente, partent en stalactites de fines traînées jaunâtres à la face postérieure de la cornée.

On fait des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène tous les jours, pendant une semaine, puis plus espacées pendant cinq autres semaines. La guérison se produit complètement au bout de ce temps-là. Il subsiste toutefois, une déformation pupillaire considérable et le malade ne voit plus que difficilement. On remet à plus tard pour pratiquer une iridectomie. B... sort de l'hôpital.

Huit mois plus tard, le 22 juin 1913, le malade revient à la Clinique pour être opéré de la cataracte à l'œil droit suivant les conseils qui lui avaient été donnés précédemment.

On constate alors dans l'œil à opérer la présence d'un hypopyon avec, sur la cornée, une légère ulcération. B... n'avait le souvenir d'aucun traumatisme.

L'œil était douloureux et occasionnait au malade de

violents maux de tête. La vision était nulle tant à cause de l'opacité du cristallin qu'à cause de l'irido-cyclite surajoutée.

Hypotonie très accusée.

Malgré des soins assidus pendant quatre mois, on n'arrive pas à lutter efficacement contre cette inflammation de l'œil droit, pour pratiquer l'extraction du cristallin. L'hypotonie s'accroît, et on assiste à une atrophie oculaire.

Pendant ce temps-là, l'état de l'œil gauche, autrefois opéré, puis soigné secondairement pour irido-cyclite tardive, n'a pas empiré mais ne s'est pas non plus amélioré.

Le malade a du larmoiement, de la conjonctivite chronique, et le matin ses paupières sont collées l'une à l'autre. Il ne souffre plus. $V O G = Q$.

On a l'impression que si on parvient à lutter efficacement contre cette infection tenace, on pourra un jour rendre un peu de vision à cet œil droit en pratiquant une iridectomie.

Nous avons, dans cette observation, l'exemple d'un cas difficile à élucider.

Le malade présentait, à coup sûr, un état de réceptivité spécial vis-à-vis de l'infection, puisqu'il fait une irido-cyclite une première fois sur l'œil opéré puis une deuxième fois sur l'œil droit qui n'avait encore supporté aucune intervention.

Son passé pathologique oculaire ne présente rien qui puisse nous expliquer le fait, en particulier pas de dacryocystite. Nous nous demandons alors si les phénomènes de cystite légère qu'il accusait ne sont pas le fait d'une infection atténuée de son appareil urinaire et si le point de départ de ces irido-cyclites ne se trouve pas là.

OBSERVATION V

(Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon).

*Irido-cyclite tardive chez un opéré de cataracte atteint précédemment de dacryocystite aiguë du même côté.
— Injection de bleu de méthylène. — Guérison.*

J..., homme de soixante-deux ans, entre à l'hôpital, au début de septembre 1910, atteint de cataracte à l'œil gauche avec, du même côté, une dacryocystite aiguë.

On pratique l'incision du sac lacrymal ; le pus s'écoule facilement et, quinze jours après, le travail de réparation s'était effectué d'une façon parfaite.

Le résultat du pansement témoin fut négatif et, le 8 octobre, on put pratiquer l'extraction de sa cataracte après iridectomie.

Le résultat de l'opération fut bon ; la réaction inflammatoire ne fut pas particulièrement vive ni prolongée. Le 17 octobre, on notait sur le cahier

VOG = 1/3 + 11 D.

En janvier 1912, quatorze mois plus tard, le malade revient à la Clinique en rapportant ce qui suit :

Il a eu de temps en temps de légères poussées inflammatoires du côté de l'œil opéré, accompagnées de sensations de picotements au niveau de la plaie cornéenne ; jamais de vraies douleurs.

Il y a cinq mois, l'une de ces poussées fut plus violente et un peu plus douloureuse ; pourtant, au bout de huit jours tout rentrait dans l'ordre.

Le 6 janvier, pour la première fois, les douleurs furent très vives ; la conjonctive s'injecta en quelques heures et l'acuité visuelle restée très satisfaisante jusqu'alors fut presque complètement abolie.

A l'examen, on constate : de l'œdème palpébral, du lamroisement. On voit du côté de la plaie cornéenne, à midi et demi, une cicatrice cystoïde au niveau de laquelle paraissent pouvoir se faire très aisément des filtrations liquides de la chambre antérieure à l'extérieur et réciproquement. De cette cicatrice, on voit partir dans la chambre antérieure des traînées purulentes qui vont rejoindre un arc de pus très net, un hypopyon de 3 millimètres situé, à la partie déclive de la chambre antérieure. Au-dessus de cet épanchement, on voit l'iris terne et grisâtre ; l'humeur aqueuse est louche.

L'hypotonie du globe est très nette à la pression digitale.

8 janvier. — Injection sous-conjonctivale de bleu de méthylène. Amélioration.

10 janvier. — Nouvelle injection ; les symptômes douloureux ont disparu ; l'amélioration est remarquable.

12 janvier. — Troisième injection. Plus d'hypopyon. Les jours suivants : application de pommade à l'oxyde jaune de mercure.

23 janvier. — La guérison est complète, la déformation pupillaire légère et la vision n'a pas subi une diminution considérable.

OBSERVATION VI

(Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon).

Irido-cyclite tardive suraiguë chez une opérée de cataracte.

— *Injection sous-conjonctivale de bleu de méthylène.*

— *Guérison.*

Mme M..., femme de soixante-quatre ans, opérée de cataracte avec iridectomie à l'œil gauche en juin 1912.

On trouve noté sur le cahier que, pendant l'opération, la malade fut indocile et augmenta par son agitation les difficultés opératoires.

Elle recouvra les jours suivants une acuité

$$V = 1/20 + 11 D.$$

Elle revint *sept mois* plus tard, 14 janvier 1913, en expliquant que, deux jours plus tôt, elle fut prise dans l'œil opéré de douleurs excessivement violentes en même temps que sa vue se troublait complètement. Tout cela se produisit avec une telle soudaineté que la malade, en promenade dans une rue de Lyon, dut se faire reconduire par les passants à son domicile, incapable de se diriger seule.

À l'entrée, on note que les phénomènes douloureux n'ont pas diminués d'intensité et empêchent tout sommeil. Les paupières sont très enflammées, le globe oculaire très rouge.

La chambre antérieure est trouble, présente un hypopyon de 2 millimètres. L'orifice pupillaire est obstrué par une grosse traînée purulente qui, partant de l'hypopyon, rejoint la cicatrice opératoire.

Cette cicatrice n'est pas parfaite et on voit à la lampe ou mieux encore au microscope cornéen une corne irienne qui la traverse à son angle externe.

15 janvier. — Injection sous-conjonctivale de bleu de méthylène renouvelée tous les deux jours pendant douze jours.

La chambre antérieure redevient uniformément claire.

OBSERVATION VII (personnelle)

(Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon).

Irido-cyclite subaiguë chez une ancienne opérée de cataracte.

— *Injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène.*

— *Guérison imparfaite. — Larmoiement persistant et poussées de conjunctivite.*

M^{me} A..., trente-cinq ans, est opérée le 30 août 1913

d'une cataracte gauche avec iridectomie. A noter, au point de vue oculaire, du larmolement depuis plusieurs années déjà sous l'influence du grand air et de la fumée.

A l'opération, on a trouvé une cataracte molle dont l'extraction fut difficile et il est resté des masses cristalliniennes.

Trois semaines après, la malade quitte le service avec une acuité $VOG = 1/10$.

Les phénomènes inflammatoires n'avaient pas encore, à ce moment-là, complètement disparu, aussi, une fois rentrée chez elle, la malade constata une amélioration de son acuité.

Elle revient un mois après l'opération, le 29 octobre, à la consultation de la Clinique parce que, depuis quelques jours, elle souffre de douleurs oculaires et sus-orbitaires. Le larmolement, qui n'avait pas cessé depuis l'opération, s'est accentué.

A l'examen, photophobie légère et blépharospasme, paupière inférieure un peu rouge et tuméfiée.

On note une injection conjonctivale et surtout péri-hératique d'intensité moyenne, mais plus accentuée au niveau de la cicatrice opératoire.

La pupille est encore encombrée des masses qui n'ont pu être extraites le jour de l'opération, bien qu'une bonne partie d'entre elles aient été déjà résorbées. Ces masses, pleines de pus, sont devenues jaunâtres.

L'iris décoloré a pris une teinte feuille morte. La cornée est un peu infiltrée et opacifiée à sa partie inférieure surtout, mais pas suffisamment pour empêcher de voir nettement un petit croissant d'hypopyon haut de 1 millimètre.

$VOG = 9$.

29 octobre. — Première injection sous-conjonctivale de bleu de méthylène.

30 octobre. — Le pus a presque disparu, la cornée est encore trouble. Deuxième injection.

31 octobre. — Plus de pus. Plus de douleurs. La cornée s'éclaircit un peu.

7 novembre. — Après six injections, accompagnées les derniers jours d'applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure, la cornée a recouvré sa transparence presque normale. L'inflammation du globe a diminué considérablement, mais n'est pas complètement tombée.

Il semble bien qu'une cause d'infection chronique subsiste du fait du mauvais état des voies lacrymales.

Trois mois plus tard, cette malade nous écrit qu'elle reste sujette à des poussées inflammatoires légères qui cèdent au bout de quelques jours aux instillations d'argyrol et à l'application de pommade à l'oxyde jaune de mercure.

OBSERVATION VIII (personnelle)

(Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon).

Irido-cyclite tardive subaiguë chez une opérée de cataracte.

— *Injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène.*

— *Guérison rapide.*

M^{me} D..., quatre-vingt-deux ans. Bonne acuité habituelle, opérée de cataracte en main 1912 avec un bon résultat.

Acuité VOD = $1/12 + 10$ D.

Opérée à gauche le 6 septembre 1913.

On a noté alors : cataracte morgagnienne, issue d'un peu de vitré.

Elle quittait le service onze jours plus tard avec :

OGV = $1/16 + 11$ D.

Depuis son opération son œil n'a jamais cessé de pleurer.

3 novembre. — *Deux mois* plus tard, elle revient parce que, depuis deux jours, elle éprouve à l'œil gauche de vives douleurs qui s'irradient dans la région sus-orbitaire et la moitié gauche de la tête. La vision a baissé très brusquement, et on a $V = q$.

A l'examen, on constate un peu de photophobie et du larmolement. Il existe une légère infection périkeratique; la cornée est un peu opacifiée. L'iris est verdâtre; la pupille ne réagit presque pas et, dans la chambre antérieure, se trouve un petit hypopyon de 1 millimètre.

La ligne cicatricielle, examinée attentivement à la lampe et au microscope cornéen, ne laisse rien voir d'anormal : ni pincement irien, ni masses incluses, ni filaments. On voit seulement une grande quantité de fins vaisseaux qui font que la cicatrice est très rouge.

4 novembre. — Injection de bleu de méthylène.

5 novembre. — Deuxième injection suivie de la disparition de l'hypopyon et des phénomènes douloureux. La malade se déclare très satisfaite.

6 novembre. — Troisième injection. La cornée redevient absolument transparente et la malade recouvre presque l'acuité qu'elle présentait antérieurement, c'est-à-dire $1/20 + 11$ D. Quelques applications de pommade à l'oxyde jaune achèvent de guérir les phénomènes inflammatoires.

OBSERVATION IX (personnelle)

(Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon).

Irido-cyclite aiguë chez une ancienne opérée de cataracte.

— *Injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène.*

— *Guérison rapide.*

M^{me} L..., soixante-dix ans, a reçu, à l'âge de cinq ans, un coup de couteau à l'œil droit. On voit la cicatrice de ce traumatisme au milieu de la cornée sur une largeur de 1 centimètre. Depuis longtemps l'œil est atrophié, presque sans tonicité. Il est physiologiquement nul.

Son œil gauche, atteint de cataracte, est opéré le 7 mai 1912 : iridectomie et extraction d'une cataracte demi-dure.

29 mai. — Elle quitte l'hôpital avec :

VOG = $1/15 + 10$ D.

Le résultat, déjà satisfaisant, s'améliore encore par la suite, puisque à l'aide de son seul œil gauche, la malade pouvait, chez elle, lire et coudre très facilement.

Un mois plus tard, le 30 juin, sans cause apparente, l'œil opéré devient douloureux, la vision moins nette. En quelques heures, au milieu de douleurs très violentes irradiées à toute la moitié homologue de la tête, la vue fut abolie complètement. Les paupières devinrent rouges et tuméfiées.

La malade, soignée dans un hospice, fit des applications répétées de compresses froides. L'œdème palpébral s'atténua; la douleur aussi.

4 juillet. — A son entrée à l'hôpital, on constate du chémosis de la conjonctive oculaire. L'œil est complètement rouge. La cornée très trouble est traversée à sa face postérieure par de fines suffusions sanguines sous forme de traînées.

Hypopyon de 3 millimètres.

On ne voit ni la pupille, ni l'iris au niveau de la cicatrice opératoire; à l'angle externe, on aperçoit une séclusion de l'iris formant une hernie grosse comme une petite tête d'épingle en laiton.

Première injection de bleu de méthylène à l'arrivée (V à VI gouttes), suivie d'une amélioration notable des symptômes subjectifs : la malade a pu dormir.

L'hypopyon a diminué de volume.

8 juillet. — Deuxième injection, à la suite de laquelle le pus disparut complètement et la cornée reprit une transparence parfaite.

On voit alors que l'orifice pupillaire est réduit à une fente linéaire qui part du centre et se dirige dans la direction de 2 heures sans atteindre la périphérie du cadran.

Avec cette pupille réduite, la malade peut encore s'orienter vers la lumière.

15 juillet. — Alors que les phénomènes inflammatoires avaient presque disparu, apparaît un léger hyphéma, qui se résorbe les jours suivants.

Deux mois plus tard, nous avons revu la malade; elle n'avait pas présenté de nouvelles poussées inflammatoires.

OBSERVATION X (résumée)

(M. Dupuy-Dutemps).

Irido-cyclite tardive à forme purulente grave après extraction de cataracte. — Autoplastie conjonctivale. — Guérison.

M^{me} B..., soixante-dix-huit ans, déjà opérée sans incidents de l'œil droit.

Au mois de juin 1909, j'opère de la cataracte de l'œil gauche après iridectomie préalable faite plusieurs semaines auparavant. Lambeau conjonctival. Cataracte volumineuse, dure, dont l'expulsion fut difficile.

Suites immédiates très simples : très peu de masses dans le champ pupillaire ; iris parfaitement réduit, sans traces de pincement, sans déformation du colobome opératoire.

Le seul fait anormal était une hypersécrétion lacrymale abondante que pouvait expliquer l'irritabilité habituelle et déjà constatée (iridectomie) de la conjonctive de cette malade.

Un mois environ après l'intervention, l'œil devient douloureux, la vision diminue; il se produit de l'œdème palpébral et une vive infection conjonctivale.

Je ne vis la malade que six jours après le début de ces accidents. Les douleurs violentes troublent le sommeil; la cornée est légèrement floue et plus spécialement au niveau de la partie interne de la cicatrice : iris épaissi et verdâtre, hypopyon contenant un peu de sang et occupant un tiers de la chambre antérieure; l'humeur aqueuse, trouble, tient en suspension des masses blanchâtres; vive infection péri-kératique qui a son maximum d'intensité au niveau de la partie interne de la cicatrice. Hypotonie.

La plaie paraissait parfaitement coaptée; l'iris ne présentait aucune adhérence, même périphérique avec la cornée.

Je puis voir, cependant, au voisinage de l'extrémité interne de la cicatrice un petit filament blanchâtre, très ténu, émergeant de la plaie et flottant à la surface interne de la cornée. L'examen le plus attentif ne permettait pas de le suivre dans la chambre antérieure.

Le seul moyen de conserver cet œil en imminence de panophtalmie était l'autoplastie conjonctivale. Elle fut pratiquée immédiatement, sous anesthésie locale, après cautérisation du trajet fistuleux dans toute son étendue.

Intervention très douloureuse.

En faisant l'avivement au fin bistouri, je constatai au niveau du point d'implantation du filament une dépression très nette, une lacune dans le tissu cornéen. Il ne fut fait aucun traitement général.

Dès le lendemain, les douleurs étaient calmées. Trois jours après, la malade ne souffrait plus : l'hypopyon était très réduit et remplacé par un épanchement sanguin.

Le cinquième jour, les fils étaient enlevés. Au bout de huit jours l'hypopyon avait totalement disparu et l'hyphéma était réduit. Œdème disparu; injection périkeratique très diminuée.

Le quinzième jour, la réaction inflammatoire a complètement disparu. La coloration de l'iris est encore altérée; la pupille est rapetissée, attirée en haut et oblitérée par l'exsudat inflammatoire. La tension est normale; l'iris a repris depuis longtemps sa teinte naturelle.

La projection est parfaite. Une iridocapsulotomie pourra certainement donner une vision satisfaisante en créant une bonne pupille.

OBSERVATION XI (M. Dupuy-Dutemps).

Irido-cyclite tardive après extraction de membranule, œil droit. — Autoplastie conjonctivale. — Guérison. — Irido-cyclite syphilitique de l'œil gauche, peut-être favorisée par un début d'ophtalmie sympathique de cet œil.

M. C..., cinquante-huit ans. Un an auparavant, iridectomie sur les deux yeux, en haut, en raison de cataractes secondaires incomplètes. Pendant les mois de juin et juillet 1909, il est opéré de cataracte successivement sur les deux yeux.

L'acuité de l'œil gauche où reste une membranule perméable est de un quinzième environ.

A droite, *trois semaines* après l'extraction, le même opérateur évacue quelques masses corticales par pression, et pratique à la pince la déchirure de la capsule, après kératotomie à la lance à la partie supérieure. Bonne ouverture pupillaire; pas de réaction les jours suivants.

Je vois la malade pour la première fois vingt-trois jours après cette dernière intervention.

Dix jours environ après l'extraction de la cataracte secondaire, l'œil droit a commencé à rougir, il est devenu douloureux et larmoyant; sa vision s'est rapidement affaiblie.

Je constate de ce côté une irido-choroïdite subaiguë : iris décoloré, pupille attirée en haut et obstruée par des exsudats épais; injection périkeratique vive, sans œdème conjonctival; douleurs modérées, larmoiement. Pas de sécrétion conjonctivale.

Hypopyon de 1 millimètre. Hypotonie légère. Vision réduite à la simple perception.

L'œil gauche ne présente que depuis deux jours une très large injection conjonctivale, sans signes d'iritis. Sa vision ne s'est pas modifiée. $V = 1/15$.

Ni sucre, ni albumine dans les urines. Une légère tuméfaction indolente des ganglions mastoïdiens et carotidiens, une rougeur diffuse peu accusée de la gorge sont les seuls signes de probabilité d'une infection spécifique.

Traitement. — Injections intraveineuses quotidiennes de 1 centigramme de cyanure de mercure.

Deux jours plus tard, l'état de l'œil droit continue à s'aggraver : l'hypopyon persiste et l'hypotonie est plus accusée. En outre, l'œil gauche est atteint d'irido-choroïdite avec troubles diffus du vitré et présente aussi un léger hypopyon.

Le traitement mercuriel, continué pendant dix jours, resta sans effet. L'état de l'œil gauche, intact au début, s'est même particulièrement aggravé et sa vision a considérablement baissé.

L'échec du traitement général et les progrès continus des lésions m'amènèrent à rechercher avec plus de soins l'existence d'un défaut sur la cicatrice de l'œil droit, primitivement atteint.

L'examen le plus attentif ne montrait pas la moindre solution de continuité du revêtement épithélial; mais il existait un pincement très visible de la capsule dans la plaie cornéenne faite pour la cataracte secondaire. De plus, un groupe de trois petits vaisseaux conjonctivaux superficiels au niveau du limbe s'infléchissaient brusquement dans la cicatrice et se continuaient dans son épaisseur pour pénétrer dans l'œil.

L'injection périkeratique et le léger œdème conjonctival autour de la cornée, présentaient d'ailleurs leur maximum d'intensité, en regard de la cicatrice opératoire, d'où partaient en outre des vaisseaux conjonctivaux volumineux et tortueux.

Ces constatations permettaient de supposer l'existence d'une fistule très petite et invisible de la cicatrice par interposition d'un filament capsulaire, cause de l'infection de l'œil droit; et on pouvait provisoirement admettre que

l'irido-cyclite de l'œil gauche secondairement atteint quinze jours plus tard, était d'ordre sympathique.

Immédiatement, je pratiquais le recouvrement conjonctival de la cicatrice après cautérisation non perforante. Au cours de l'avivement avec un fin bistouri, je sentis une dépression très nette dans la cicatrice, au niveau du pincement, au point où elle était pénétrée par les vaisseaux superficiels. Anesthésie locale. Opération rapide, mais très douloureuse.

Tout traitement général fut cessé dès ce moment.

Le second jour l'hypopyon avait disparu des deux côtés : les douleurs frontales et oculaires avaient cessé.

Septième jour. — L'amélioration de l'œil droit opéré est rapide et progressive; l'injection est beaucoup moindre; la tension est redevenue normale.

Mais l'œil gauche ne présente pas d'amélioration nette; un hypopyon de 1 millimètre s'est reformé qui disparaît en quarante-huit heures et est remplacé par un léger hyphéma; l'injection péri-hératique reste vive.

Treizième jour. — La guérison de l'œil droit est à peu près complète. Tension normale. Bonne projection. Injection péri-hératique insignifiante.

Sur l'œil gauche, l'amélioration, venue plus tard, est aujourd'hui très nette. L'hyphéma a disparu. L'injection est moindre; l'acuité est remontée à un quinzième.

Vingtième jour. — Guérison complète de l'œil droit. Iris de teinte normale. La pupille petite, attirée en haut, reste oblitérée par les exsudats. La guérison a été définitive et depuis, cet œil n'a plus été le siège d'aucun phénomène inflammatoire.

Sur l'œil gauche, le processus n'est pas éteint; l'iris reste verdâtre. Le corps vitré trouble. Mais l'amélioration est incontestable; l'acuité visuelle, après correction, atteint un huitième. Le malade rentre chez lui. Quinze jours plus tard, une nouvelle poussée d'irido-cyclite se produit sur l'œil gauche. Pas d'hypopyon; gros trouble floconneux du

vitré; vive injection périkeratique, etc. L'acuité n'est que de un trentième. En raison du succès immédiat et durable donné par l'intervention sur l'œil droit et, quoique la cicatrice parfaitement coaptée ne présente ici aucun des caractères particuliers notés pour l'autre œil, je pratique, à gauche de la même manière une autoplastie conjonctivale.

Il se produisit une amélioration nette, mais légère; l'acuité remonta à un vingtième le quatrième jour. Mais la rougeur de l'œil, les altérations inflammatoires de l'iris et du vitré ne cédèrent que partiellement.

Au bout de trois semaines, nouvelle récurrence sur l'œil gauche, grave, douloureuse, avec infiltration hémétique de l'iris. La vision était réduite à compter les doigts à 0 m. 20.

Le malade est dès lors soumis de nouveau au traitement mercuriel : 2 centigrammes de cyanure tous les deux jours. La réaction de Wassermann, faite peu de temps après, confirme le diagnostic de syphilis, soupçonné dès le début.

Contrairement à ce qui s'était produit lors de la première atteinte, l'amélioration fut presque immédiate; dès la troisième injection, les douleurs avaient presque complètement cessé; l'injection oculaire était moindre; la vision meilleure.

Au bout d'un mois de traitement, la guérison de l'œil gauche était complète, l'iris de teinte normale; la pupille restée perméable; mais l'acuité n'atteint qu'un trentième.

Le traitement est cessé. Depuis trois mois, la guérison s'est maintenue

Quant à l'œil droit, primitivement atteint et définitivement guéri par le recouvrement conjonctival de la cicatrice, une irido-capsulotomie, faite sept mois après, lui a donné une pupille nette et noire.

Son acuité avec + 11 D = 1/6.

Mars 1912 : V = 1/4.

Cette longue observation, que nous avons reproduite

à peu près *in extenso*, montre la complexité possible du diagnostic étiologique dans certains cas :

Pour l'œil droit, l'infection exogène par cicatrice fistuleuse ne paraît pas douteuse; elle est démontrée par l'inefficacité du traitement spécifique ;

Pour l'œil gauche, au contraire, nous assistons à une affection qui, au début, ne cède pas au traitement mercuriel et on est autorisé par le fait même à la ranger dans la catégorie des affections sympathiques ;

Ou bien on peut supposer la bilatéralité d'une irido-cyclite tardive, puisque les deux yeux ont été autrefois opérés de cataracte.

Mais comment comprendre que le traitement spécifique soit devenu deux mois plus tard tout à fait efficace, alors qu'une première fois il avait été nul?

Ne faut-il pas admettre une localisation syphilitique secondaire, favorisée par l'atteinte initiale d'une ophtalmie sympathique bénigne?

OBSERVATION XII (M. Dupuy-Dutemps)

*Irdo-cyclite aiguë tardive post-opératoire.
Autoplastie conjonctivale. Guérison.*

Mme H..., soixante-quinze ans, a été opérée de cataracte de l'œil gauche le 29 septembre 1911.

Au neuvième jour seulement, la teinte de l'iris se modifie, le champ pupillaire devient trouble, la douleur vive.

9 octobre 1911. — Le progrès de l'inflammation a été très rapide. Le champ pupillaire est encombré, de teinte jaunâtre. Une bride se détache de l'exsudat pupillaire et pénètre dans la partie moyenne de la cicatrice, dont les lèvres ne

sont pas infectées, ni infiltrées. Il est probable qu'il y a un pincement capsulaire.

Chémosis très accusé.

OPÉRATION. *Autoplastie conjonctivale*. — Cocaïne, adrénaline.

1° Dissection de la conjonctive difficile en raison du chémosis qui surplombe.

2° Avivement au couteau de Græfe.

3° Cautérisation au galvano superficielle, du limbe, de la marge cornéenne et de la cicatrice, sans pénétrer dans la chambre antérieure.

4° Les file sont serrés ; la moitié de la cornée est aussi recouverte sans libération de la conjonctive.

10 octobre. — La nuit a été bonne, les douleurs sont très diminuées ; l'hypopyon léger a disparu.

19 octobre. — La conjonctive est bien appliquée, largement adhérente ; l'inflammation a complètement disparu. La pupille est encombrée. V = perception lumineuse.

L'irido-cyclite est guérie avec occlusion de la pupille. Bonne projection.

Vingt jours après on apprend la mort de la malade chez elle.

Succès complet, mais le temps a manqué pour faire une irido-capsulotomie et avoir le degré d'acuité.

OBSERVATION XIII (M. Constantinesco)

Irido-cyclite tardive subaiguë après l'opération de la cataracte. — Autoplastie conjonctivale. — Guérison.

Un homme de soixante-dix ans, ne présentant aucune lésion des voies lacrymales, avec urines normales, est opéré de cataracte de l'œil gauche le 20 octobre 1910. Petit lambeau conjonctival, iridectomie.

Les suites immédiates sont normales, le champ pupillaire est net et l'iris parfaitement réduit. Le sixième jour survient

sur l'œil droit (non opéré) une conjonctivite subaiguë à pneumocoques.

Trois jours plus tard, soit neuf jours après l'intervention, l'œil gauche est atteint à son tour de conjonctivite de même nature, en dépit des précautions prises.

1^{er} novembre. — La sécrétion conjonctivale est tarie. Mais il reste une injection périkeratique nette ; la teinte de l'iris est altérée ; la pupille réagit mal à l'atropine et un exsudat blanchâtre se forme à sa partie supérieure.

2 novembre. — On voit apparaître dans l'exsudat un fascicule de fins vaisseaux partant de l'angle interne de la plaie et se dirigeant vers le centre de la pupille.

Injection périkeratique intense, surtout au niveau de l'angle interne de la plaie.

Le malade a souffert pendant la nuit de vives douleurs périorbitaires qui ne lui ont pas permis de dormir.

Ces phénomènes se sont progressivement accusés, malgré le traitement général et local (sangsuës, compresses chaudes, mydriatiques, injections sous conjonctivales de cyanure de mercure à 1/100.

C'est ainsi que le 13 novembre l'œil a l'aspect de l'iridocyclite plastique subaiguë : la paupière supérieure présente de l'œdème du bord ciliaire, l'inférieure est macérée par le larmolement continuel. L'œil est hypotone et douloureux à la pression ; la pupille est entièrement obstruée par un exsudat opaque ; l'humeur aqueuse est trouble ; très faible perception lumineuse.

L'injection périkeratique est surtout intense vers la partie interne de la plaie où l'on voit à la lampe électrique de Berger une petite dépression sur la ligne de cicatrice avec légère infiltration du tissu cornéen avoisinant.

M. Constantinesco, alors applique sans tarder le recouvrement conjonctival de la cicatrice vicieuse.

Dès le soir même, les douleurs sont calmées et le malade retrouve le sommeil.

Au bout de vingt-quatre heures, l'amélioration était déjà

objectivement manifeste; elle a ensuite rapidement progressé.

L'exsudat pupillaire, fait assez remarquable, s'est peu à peu rétracté en haut, laissant libre la partie inférieure de la pupille.

28 novembre (seize jours après l'autoplastie). — La malade pouvait sans correction compter les doigts à 0 m. 30.

OBSERVATION XIV (Rœmer)

(Cas rapporté par Wagenmann).

Infection purulente du segment antérieur débutant huit jours après extraction de cataracte.

Atrophie du globe avec fonte de la cornée en trois semaines, malgré l'introduction d'iodoforme dans la chambre antérieure.

OBSERVATION XV (Oertzen)

(Cas rapporté par Wagenmann).

Iritis suppurative cinq jours après extraction de cataracte.

Exentération du globe contre l'ophtalmie sympathique.

OBSERVATION XVI (Oertzen)

(Cas rapporté par Wagenmann).

Irido-cyclite purulente six jours après extraction de cataracte.

Énucléation.

L'examen des frottis et cultures montre le pneumocoque à l'état de pureté.

OBSERVATION XVII (Ulbrich)

(Cas rapporté par Wagenmann).

Irido cyclite à hypopyon deux mois après extraction de cataracte.

On ponctionne la chambre antérieure pour hypopyon de 2 millimètres pour y introduire de l'iodoforme.

Dix jours plus tard énucléation.

OBSERVATION XVIII (Wagenmann)

Pincement de l'iris dans la plaie.

Irido-cyclite suppurée.

Cautérisation au thermo-cautère.

Guérison.

OBSERVATION XIX (Wagenmann)

Irido-cyclite purulente chez un opéré de cataracte ; huit mois après l'opération sans cause apparente.

Pansements humides essayés sans succès.

Enucléation.

OBSERVATION XX (Wagenmann)

Infiltration purulente du vitré trois ans après une extraction de cataracte.

Enucléation.

L'examen anatomique permet de voir que, avant la supputation, les lèvres et la cicatrice étaient séparées par un tissu cicatriciel épais avec attraction de l'iris de la région des angles.

OBSERVATION XXI (Duverger)

Iritis purulente quatre ans après opération de cataracte.

Après chagrins et fatigues, douleurs à l'œil droit.

Chémosis. Chambre antérieure remplie de pus.

Atrophie. Compresses chaudes, puis cautérisation assez profonde au galvano de la pointe d'iris hernié sans ouvrir la chambre antérieure.

Amélioration nouvelle.

V = compte les doigts à 30 centimètres.

Ces huit dernières observations sont parmi les plus anciennement publiées et nous avons tenu à les rapporter parce que ces cas nous font assister à une phase du traitement peu féconde en bons résultats, puisque presque toujours on a dû aboutir à l'énucléation.

Ce sont d'ailleurs ces énucléations quasi régulièrement pratiquées qui ont fourni à Wagenmann l'occasion de faire l'étude histologique et microbienne des anciennes cicatrices défectueuses.

TRAITEMENT

Lorsque l'étiologie de l'irido-cyclite purulente tardive des opérés de cataracte fut élucidée, les conceptions au point de vue thérapeutique ont été différentes.

Moyens prophylactiques. — L'asepsie sera évidemment rigoureuse et on comprend encore mieux après cet exposé l'importance du pansement témoin. Mais l'opérateur s'efforcera en outre de pratiquer une incision aussi régulière que possible ; il veillera surtout à ce que rien ne s'interpose entre les lèvres de la plaie : tout lambeau de capsule sera refoulé dans la chambre antérieure et l'iris sera réduit de façon à ce que le colobome ait une forme parfaitement régulière.

PROCÉDÉS A REJETER : *Introduction d'iodoforme dans la chambre antérieure.* — *Enucléation d'emblée.*

Les spécialistes allemands (Rohmer, obs. XIV ; Ulbrich, obs. XVII) ont tenté l'introduction d'iodoforme dans la chambre antérieure. Le succès de ce traitement fut absolument nul et n'entrava en rien l'évolution du mal. Dans les cas ainsi traités, on a toujours dû, à notre connaissance, arriver à l'enucléation.

Aussi, par la suite, Wagenmann pratiqua-t-il cette énucléation d'emblée chez presque tous ses malades pour éviter l'ophtalmie sympathique.

PROCÉDÉS CAPABLES D'AMENER LA GUÉRISON :

1° *Cautérisation ;*

2° *Autoplastie conjonctivale ;*

3° *Injections sous-conjonctivales antiseptiques.*

Ces trois sortes de traitement ont donné des résultats heureux qui font que l'énucléation est désormais réservée aux cas désespérés qui arrivent trop tard chez le spécialiste.

La cautérisation au galvanocautère elle seule a suffi plusieurs fois à enrayer le processus infectieux.

Duverger l'a employée avec succès (obs. XXI). Mais ce procédé nous paraît un peu aveugle, détruisant trop ou pas assez de tissu interposé, et il est inapplicable dans les nombreux cas où la cicatrice présente une apparence normale.

De plus, ce moyen s'est montré plusieurs fois dangereux, et Trousseau cite des cas où la galvano-cautérisation pour réduire les hernies de l'iris a déterminé l'éclosion d'une ophtalmie sympathique.

Une méthode rallie aujourd'hui les suffrages d'un grand nombre d'auteurs : c'est l'occlusion du pertuis par une autoplastie conjonctivale.

C'est Meyer qui posa, en 1892, les indications de ce procédé déjà connu, mais qu'on n'osait employer à propos de plaies déjà infectées par les germes conjonctivaux.

Rohmer confirma, en 1897, les conclusions de Meyer.

En 1903, Abadie avait à soigner pour irido-cyclite une femme opérée de cataracte sept mois plus tôt.

La cautérisation d'un petit pertuis cornéen sur la ligne de cicatrice n'amena aucune amélioration et l'énucléation allait être pratiquée. Sur les conseils de De Wecker, Abadie pratiqua alors une occlusion par autoplastie conjonctivale. L'amélioration fut rapide ; une ophtalmie sympathique qui débutait à l'œil non opéré guérit et les deux yeux furent conservés.

Goldzicher, en 1909, rapporte la guérison définitive par la même méthode d'un opéré de cataracte qui présentait des irido-cyclites à rechutes avec hypopyon.

Les observations de M. Dupuy-Dutemps, que nous avons résumées, confirment la valeur indubitable du procédé.

Rappelons donc en quelques mots la façon d'opérer le recouvrement cicatriciel suivant la méthode de Meyer, simplifiée par M. Dupuy-Dutemps :

« Après anesthésie locale, la conjonctive est détachée au ciseau au ras du limbe sur une étendue correspondant au tiers ou à la moitié de la circonférence cornéenne, selon l'importance du recouvrement. Elle est largement disséquée, détachée de ses adhérences avec le globe en arrière, au moins jusqu'à 1 centimètre de distance du bord cornéen.

« Au voisinage du cul-de-sac supérieur, on pratique, en quelques coups de ciseaux, une libération superficielle de la conjonctive, nécessaire sur certains yeux pour permettre la mobilisation sans tiraillement. Deux fils à strabisme passés dans les lambeaux, viennent

traverser en bas, pour y prendre appui, la conjonctive adhérente au voisinage du limbe de part et d'autre du diamètre horizontal de la cornée.

« Avivement par raclage avec un petit bistouri, du point fistuleux et des parties voisines, de façon à enlever l'épithélium cornéen et l'épithélium de la mince bande conjonctivale qui, au voisinage du limbe, a échappé aux ciseaux.

« Cautérisation plus ou moins profonde au galvano-cautère du trajet fistuleux, avec ou sans ouverture de la chambre antérieure. Cette cautérisation, continuée superficiellement sur le pourtour du pertuis, complète et assure l'avivement.

« Il suffit alors de serrer les deux fils pour amener par glissement la conjonctive mobilisée sur la cornée, dont elle recouvrira environ le tiers supérieur.

« Il est nécessaire, en effet, pour assurer une bonne adhérence, que le lambeau dépasse largement la surface à recouvrir. La conjonctive se rétracte d'ailleurs rapidement, ne faisant prise que sur la partie avivée à laquelle elle reste définitivement fixée.

« Les fils peuvent être enlevés dès le cinquième jour. »

Cette méthode a fait désormais ses preuves et a fourni une série indiscutable d'heureux résultats.

Nous pouvons cependant nous demander s'il n'y a pas quelques dangers à pratiquer cette technique et en particulier s'il n'y a pas lieu d'être inquiet lorsqu'on a obstrué brusquement une cicatrice enflammée et fermé définitivement la chambre antérieure encore pleine de pus.

Est-on certain, d'autre part, que le lambeau conjonctival fera toujours prise sur la cicatrice avivée?

Nous ne pensons pas qu'il soit toujours nécessaire d'entreprendre cette opération délicate à effectuer : nous avons vu qu'un nombre considérable d'anciens opérés étaient porteurs de cicatrices cornéennes défectueuses et que cependant les complications infectieuses tardives restaient une rareté.

Faudra-t-il alors procéder chez tous ceux-là à une autoplastie conjonctivale préventive? Non pas : on attend l'irido-cyclite, et c'est alors seulement qu'on ferme la cicatrice fistuleuse.

Mais, si on doit attendre la complication infectieuse pour intervenir, nous avons à notre disposition un moyen de traitement qui donne d'aussi bons résultats que le recouvrement conjonctival et qui présente l'avantage de n'être ni dangereux, ni difficile à pratiquer : ce sont les injections antiseptiques sous conjonctivales.

Injections sous-conjonctivales antiseptiques.

— Dans les neuf observations recueillies à la Clinique de M. le professeur Rollet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, les malades ont tous été soignés au moyen d'injections sous-conjonctivales antiseptiques : cyanure de mercure à 1/1.000 et, plus souvent, bleu de méthylène à 1/800.

Après anesthésie locale à la cocaïne, on injecte sous la conjonctive V ou VI gouttes du liquide choisi. La résorption s'effectue rapidement et, dès le lendemain, l'injection peut être répétée. Suivant la rapidité

de l'évolution des phénomènes vers la guérison, ces petites interventions seront renouvelées tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à ce que le pus de l'hypopyon ait disparu, jusqu'à ce que la cornée soit redevenue transparente, la conjonctive moins enflammée. Ensuite, les applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure ou les instillations de collyres antiseptiques amèneront la sédation complète du processus inflammatoire.

Aussi bien que lorsqu'on a pratiqué le recouvrement cicatriciel, on constate après les injections sous-conjonctivales une amélioration très rapide : la première injection est presque toujours suivie de la cessation des douleurs violentes et permet aux malades de retrouver le sommeil. L'hypopyon se résorbe parfois très vite, au plus tard après trois injections.

On peut objecter que le remède n'a pas visé directement la cause du mal. C'est vrai, mais nos malades, une fois guéris, sont retombés dans la catégorie nombreuse de ce que nous appelons « les porteurs sains de cicatrices vicieuses », et si leur affection fut le fait d'une cause accidentelle, nous avons le droit d'espérer que l'accident ne se reproduira pas.

Si l'infection tardive a été la conséquence d'un état spécial de septicité des voies lacrymales (et nous avons vu que ces cas étaient fréquents) ou d'une affection atténuée (cas de l'obs. IV) urétrale, pulmonaire, intestinale (hypothèses de Duverger), on soignera ces maladies.

On traitera la dacryocystite chronique en guérissant

une affection nasale qui en est peut-être le point de départ. On emploiera les applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure et les antiseptiques oculaires.

On pratiquera, si nécessaires, des cathétérismes du canal lacrymal, des destructions et surtout *des extirpations du sac*, opérations radicales qui ont donné des résultats tout à fait satisfaisants à M. le professeur Rollet dans les cas rebelles.

CONCLUSIONS

I. — La cause la plus fréquente des irido-cyclites tardives à hypopyon, chez les anciens opérés de cataracte, tient à la présence d'une cicatrice ténue, filtrante ou fistulisée.

Il y a généralement pincement irien ou, après iridectomie, enclavement d'une parcelle de tissu irien.

II. — Les microorganismes en cause sont représentés par des espèces banales qui pullulent au niveau de la mince cicatrice à travers laquelle ils pénètrent et, dans la presque totalité des cas, il s'agit d'une infection d'origine exogène.

III. — Nous estimons que souvent ces micro-organismes existaient au niveau des voies lacrymales et des culs-de-sac conjonctivaux par le fait d'infections chroniques et atténuées qui passent souvent inaperçues.

IV. — Le diagnostic se fait facilement avec l'ulcère

à hypopyon, car dans ces derniers cas, il y a ulcère cornéen prenant les colorants. La cornée est intacte dans l'hypopyon de nos anciens opérés.

V. — Comme traitement, les injections sous-conjonctivales antiseptiques soit de bleu de méthylène, soit de cyanure de mercure, amènent la guérison.

VI. — Pour éviter des poussées suppuratives ultérieures, on s'efforcera de réaliser l'asepsie des voies lacrymales dans les nombreux cas où leur état de septicité sera reconnu être la cause des complications infectieuses oculaires.

L'extirpation du sac lacrymal sera alors indiquée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ETIENNE ROLLET.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} mai 1916.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALICH, *l'Irido-choroïdite tardive par fistulisation de la cicatrice après l'opération de la cataracte et son traitement* (thèse de Paris, 1912).
- CONSTANTINESCO, Extraction de la cataracte avec autoplastie conjonctivale sur un œil infecté. Guérison (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, avril 1912).
- DUPUY-DUTEMPS, *Communication à la Société française d'Ophtalmologie*, mai 1910.
- Rapport sur le travail de M. Constantinesco : *Iridocyclite tardive subaiguë après l'opération de la cataracte. Autoplastie conjonctivale. Guérison.*
- DUVERGER, *Des irido-cyclites tardives* (thèse de Paris, 1909).
- GOLDZIEHER, Discussion sur « l'étiologie des infections post-opératoires subaiguës et tardives » *Congrès international*, Budapest, 1909.
- LAFON (Ch.), l'Examen cystologique et microchimique des sécrétions conjonctivales; son utilisation en clinique (*Annales d'Oculistique*, mai 1910).
- MERZ, Iridocyklitis nach Kataract-operation. Sympatische affection des zuzeiten Auges (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, XXXIII, 1895).
- MEYER, De la protection des cicatrices vicieuses de l'œil contre l'infection externe (*Société française d'Ophtalmologie*, 1892).
- MORAX, Rapport au Congrès de Budapest, 1909.
- ROLLET, *Leçons cliniques inédites*, 1911-1912.
- TROUSSEAU, la Cautérisation ignée des hernies de l'iris et l'ophtalmie sympathique (*Arch. d'Opht.*, 1909),

ULBRICH, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung in das Auge eingebrachten saprophytischer Bacterien (*Arch. f. Opht.*, LVIII).

VACHER, *Société française d'Ophtalmologie*, mai, 1911.

VAN LINT, *Société française d'Ophtalmologie*, mai 1911.

WAGENMANN, Ueber die Operationsnarben und vernarbten Irisvorfällen Augehende Glaskörpereiterung (*Arch. f. Opht.*, XXXV, 1889).

— Weitere Mittheilungen über die von Vernarbten ausgehende glaskörpereiterung (*Arch. f. Opht.*, XXXVIII, 1892).

WECKER (DE), Traitement des blessures de la cornée par l'occlusion conjonctivale (*Annales d'Oculistique*. CXII, 1894).

WOPFNER, Ein Fall metastatischer Panophtalmie bei einer Kataraktoperation als Folge einer Krupposen Pneumonie mit Friedländer Pneumobacillen (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, XLIV, 1906).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	9
Anatomie pathologique et description clinique.	13
Etiologie et pathogénie	19
Observations.	24
Traitement	49
Conclusions	57
Index bibliographique.	59

